

**Kajian Asuhan Keperawatan Post SC Hari Ke-3 Indikasi Pre - Eklampsia
Di RSUD Sukoharjo**

(Study Of Nursing Care Post SC Day- 3 Indications Pre- Eclampsia In Hospital Sukoharjo)

Endang Dwi Astuti ¹⁾, Tutik Yuliyanti ²⁾

Prodi D III Keperawatan Poltekkes Bhakti Mulia

dwiendang12@yahoo.co.id ¹⁾, maulamakruf@gmail.com ²⁾

Abstract: *Pre-eclampsia is one of the causes of maternal mortality rate in Indonesia is the highest in Asia, which reached 228 / 100,000 live births. Mothers who experienced severe pre-eclampsia should be taken to repair the state of sectio caesarea mothers and prevent infant mortality in the uterus, or was born prematurely, and harm the kidneys hamil. Nursing care management that has been done is the mother and baby were saved, preventing the progression eclampsia. Objective: To analyze the nursing care with the problem of post-partum sectio caesarea indication of pre-eclampsia berat. Penelitian uses qualitative research with case study design, patient population used with pre-eclampsia . Sampel this study is suffering Ny.S pre-eclampsia disease in hospitals Sukoharjo. Teknik sampling used is purposive sampling. Results of the assessment: patients said pain in the post-SC wound in the lower abdomen because the incision surgery, such as puncture punctured-4 scale, duration $\pm$ 10 seconds, can not sit up straight, blood pressure; 160/100 mmHg. Then the author enforce four nursing diagnosis is acute pain associated with physical injury secondary agent incision surgery, physical mobility barriers associated with general weakness, the risk of infection related to the entrance of microorganisms, tissue perfusion disorders associated with increased cardiac output. After the act of nursing for 2 x 24 hours: less pain, physical mobility constraints resolved, there was no risk of infection, headache resolved. dilakukan implementation: reviewing TTV, assessing the level of pain, wound care. evaluation: acute pain paste partially, overcome barriers to physical mobility, the risk of infection is resolved, impaired tissue perfusion partially resolved.*

Keywords: *nursing care, pre-eclampsia.*

Abstrak: Pre-eklampsia merupakan salah satu penyebab angka kematian ibu di Indonesia tertinggi di Asia yang mencapai angka 228/100.000 kelahiran hidup. Ibu yang mengalami pre-eklampsia berat harus dilakukan tindakan sectio caesarea untuk perbaikan keadaan ibu dan mencegah kematian bayi dalam uterus, atau lahir prematur, dan membahayakan ginjal ibu hamil. Hasil manajemen asuhan keperawatan yang dilakukan adalah ibu dan bayi terselamatkan, mencegah progresifitas eklampsia. Tujuan: menganalisis asuhan keperawatan dengan masalah post-partum sectio caesarea indikasi pre-eklampsia berat. Penelitian ini menggunakan jenis penelitian kualitatif dengan rancangan studi kasus dengan pendekatan proses keperawatan, populasi yang digunakan pasien dengan pre-eklampsia berat. Sampel penelitian adalah Ny.S yang menderita pre-eklampsia berat di ruang Bougenvil RSUD Sukoharjo. Teknik sampling yang digunakan yaitu purposive sampling. Hasil pengkajian: pasien mengatakan nyeri pada luka post-SC di perut bawah karena insisi pembedahan, seperti tertusuk-tusuk skala 4, durasi $\pm$ 10 detik, belum bisa duduk tegak, aktivitas dibantu keluarga TD; 160/100 mmHg. Ditegakkan 4 diagnosa keperawatan yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik sekunder insisi pembedahan, hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan kelemahan umum, resiko infeksi berhubungan adanya

pintu masuk mikroorganisme, gangguan perfusi jaringan berhubungan dengan peningkatan curah jantung. Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2 x 24 jam: nyeri berkurang, hambatan mobilitas fisik teratasi, tidak terjadi resiko infeksi, nyeri kepala teratasi. implementasi yang dilakukan: mengkaji TTV, mengkaji tingkat nyeri, perawatan luka. Evaluasi: nyeri akut teratasi sebagian, hambatan mobilitas fisik teratasi, resiko infeksi teratasi, gangguan perfusi jaringan teratasi sebagian.

Kata Kunci: Asuhan Keperawatan, Pre-eklampsia berat

I. PENDAHULUAN

Pre-eklamsia atau toxemia adalah suatu gangguan yang muncul pada masa kehamilan, umumnya terjadi pada usia kehamilan di atas 20 minggu. Gejala-gejala yang umum adalah tingginya tekanan darah, pembengkakan yang tidak kunjung sembuh, dan tingginya jumlah protein di urin(Manuaba, 2012). Menurut World Health Organization (WHO), salah satu penyebab morbiditas dan mortalitas ibu dan janin adalah pre-eklampsia, angka kejadiannya berkisar antara 0,51%-38,4%. Angka kematian ibu di Jawa Tengah cukup memprihatinkan karena ada kecenderungan kematian ibu melahirkan meningkat dalam lima tahun terakhir. Kasus puncak kematian ibu dan bayi terjadi pada tahun 2014, dimana pada tahun ini terjadi 711 kasus atau 126,55 per seratus ribu angka kelahiran hidup. Jumlah tersebut merupakan jumlah terbanyak sejak tahun 2008. Untuk jumlah angka kematian ibu melahirkan sejak 2010-2014 secara berurutan, yaitu: 611 kasus, 668 kasus, 675 kasus dan sempat turun pada 2013 menjadi 668 kasus(Hastuti, 2014).

Tindakan sectio caesarea merupakan pilihan utama bagi tenaga medis untuk menyelamatkan ibu dan janin. Ada beberapa indikasi untuk dilakukan tindakan sectio caesarea adalah gawat janin, plasenta previa, prolapsus tali pusat dan pre-eklampsia. Ibu yang mengalami pre-eklampsia berat (keracunan kehamilan, hipertensi kehamilan) atau eklampsia (pre-eklampsia yang disertai kejang) harus dilakukan tindakan sectio caesarea.

Tindakan sectio caesarea untuk perbaikan keadaan ibu dan mencegah kematian bayi dalam uterus. Pre-eklampsia berakibat fatal jika tidak segera mendapatkan tindakan, merusak plasenta sehingga menyebabkan bayi lahir dalam keadaan tidak bernyawa, atau lahir prematur, penyakit ini juga membahayakan ginjal ibu hamil. Pada beberapa kasus, bisa menyebabkan ibu hamil mengalami koma. Untuk mencegah hal tersebut jalan terbaik adalah dilakukan tindakan sectio caesarea. (Indiarti, 2007).

Hasil manajemen asuhan keperawatan yang sudah dilakukan adalah ibu dan bayi terselamatkan, mencegah progresifitas penyakit menjadi eklampsia. Selama studi kasus di ruang Bougenvil dari tanggal 16 - 17 Februari 2015 didapatkan kejadian pre-eklampsia berat sebanyak 10 orang dan tindakan yang dilakukan adalah dengan cara sectio caesarea untuk menjaga keselamatan pada ibu dan bayi. Pengkajian pada Ny.S didapatkan data pasien mengatakan nyeri pada perut bagian bawah karena insisi pembedahan nyeri seperti tertusuk-tusuk, dengan skala 4, dirasakan hilang timbul dengan durasi $\pm$ 10 detik, ekspresi wajah menyeringi menahan sakit, terdapat luka jahit panjang $\pm$ 12 cm, jumlah jahitan 10, TD; 160/100 mmHg, S; 36,5°C, N; 80 x/menit, RR; 22 x/menit. Berdasarkan data diatas rumusan masalaahnya adalah "Bagaimana asuhan keperawatan pada Ny.S dengan post-partum sectio caesarea hari ke-3 dengan indikasi pre-eklampsia berat di ruang Bougenville Rumah Sakit Umum Daerah Sukoharjo?"

Adapun tujuan penelitian ini adalah untuk menganalisis asuhan keperawatan dengan masalah post-partum sectio caesarea indikasi pre-eklampsia berat di ruang Bougenville Rumah Sakit Umum Daerah Sukoharjo.

Pre-eklamsia berat, dikatakan berat apabila ditemukan tanda-tanda yaitu: kenaikan tekanan darah 160/110 mmHg atau lebih, proteinuria 3 gram atau liter atau lebih, adanya gangguan serebral, gangguan visus, adanya edema paru dan sianosis. (Sujiyati, 2009)

Pengkajian yang dilakukan terhadap ibu pre-eklamsia adalah: Identitas umum ibu; nama dan umur, data riwayat kesehatan; riwayat kesehatan dahulu, kemungkinan ibu menderita penyakit hipertensi sebelum hamil, kemungkinan ibu mempunyai riwayat pre-eklampsia pada kehamilan terdahulu, biasanya mudah terjadi pada ibu obesitas, ibu mungkin pernah menderita penyakit ginjal kronis; riwayat kesehatan keluarga; kemungkinan mempunyai riwayat pre-eklampsia dan eklampsia dalam keluarga, riwayat perkawinan; biasanya terjadi pada wanita yang menikah di bawah usia 20 tahun atau di atas 35 tahun. (Mitayani, 2011)

Diagnosa keperawatan dan fokus intervensi menurut Doenges (2001) adalah : nyeri (akut) berhubungan dengan trauma pembedahan, efek-efek anestesi, efek-efek hormonal, distensi kandung kemih/abdomen. Intervensi meliputi : tentukan karakteristik dan lokasi ketidaknyamanan, perhatikan isyarat verbal dan nonverbal seperti meringis, kaku dan gerakan melindungi atau terbatas. perhatikan nyeri tekan uterus dan adanya/karakteristik nyeri penyerta; perhatikan infus oksitosin pasca operasi, lakukan latihan napas dalam. berikan informasi dan petunjuk antisipasi mengenai penyebab ketidaknyamanan dan intervensi yang tepat, anjurkan penggunaan

teknik pernapasan dan relaksasi serta distraksi. Risiko tinggi terhadap infeksi berhubungan dengan trauma jaringan, prosedur invasif, kerusakan kulit, peningkatan pemajanan lingkungan, pintu masuk organisme. Intervensi meliputi: kaji lokasi dan kontraktibilitas uterus: perhatikan perubahan involusional atau adanya nyeri tekan uterus ekstrem, berikan perawatan luka bekas operasi, anjurkan klien untuk menjaga kebersihan di sekitar luka bekas operasi, kolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat antibiotik. Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan kelemahan umum. Intervensi meliputi: kaji kehilangan/gangguan keseimbangan gaya jalan, kelemahan otot, awasi TD, nadi, pernafasan, selama dan sesudah aktivitas, ubah posisi pasien dengan perlahan dan pantau terhadap pusing, evaluasi peningkatan intoleransi aktivitas, berikan bantuan dalam aktivitas perawatan diri sesuai dengan indikasi.

II. METODE PENELITIAN

Penelitian dilakukan di ruang Bougenville Rumah Sakit Umum Daerah Sukoharjo pada tanggal 16 - 17 Februari 2015. Jenis penelitian kualitatif dengan rancangan studi kasus, menggunakan pendekatan proses keperawatan (nursing process). Populasinya adalah pasien dengan pre-eklampsia berat di RSUD Sukoharjo. Sampelnya adalah Ny.S yang menderita penyakit pre-eklampsia berat di ruang Bougenville RSUD Sukoharjo. Teknik sampling yang digunakan yaitu purposive sampling. Menggunakan teknik wawancara, observasi, pemeriksaan fisik, catatan medik keperawatan dan studi dokumentasi.

Instrumen yang digunakan berupa alat-alat pemeriksaan fisik misalnya stetoskop, tensimeter, termometer, penlight, buku catatan, bolpoint dan hasil laboratorium untuk melengkapi data

agar dapat menegakkan diagnosa keperawatan penyakit pre-eklampsia berat.

III. HASIL PENELITIAN

1. Pengkajian

Didapatkan hasil: pasien mengatakan nyeri pada luka post-SC di perut bagian bawah karena insisi pendarahan, nyeri seperti tertusuk-tusuk dengan skala 4, dirasakan hilang timbul dengan durasi ± 10 detik, pasien mengatakan aktivitas dibantu keluarga, pasien belum bisa duduk tegak, pasien mengatakan nyeri pada luka post-SC di abdomen bagian bawah, pasien mengatakan pusing. Data objektif: keadaan umum pasien lemah, ekspresi wajah menyeringai menahan sakit, terdapat nyeri tekan pada perut bagian bawah, TD; 160/100 mmHg, S; 36,5°C, N; 80 x/menit, R; 22 x/menit, pasien belum bisa duduk tegak, aktivitas dibantu keluarga, pasien terpasang infus, pasien belum bisa melakukan perpindahan tempat, terdapat luka post-SC, panjang ± 12 cm, jumlah jahitan 10, luka bersih dan basah tidak ada kemerahan disekitar luka, lekosit 16,4 ribu/ μ l, protein urin +3.

2. Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan hasil pengkajian penulis menegakkan 4 diagnosa keperawatan yaitu: nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik sekunder insisi pembedahan yang ditandai dengan pasien mengatakan nyeri pada perut bagian bawah karena insisi pembedahan nyeri seperti tertusuk-tusuk, dengan skala 4, dirasakan hilang timbul dengan durasi ± 10 detik, ekspresi wajah menyeringai menahan sakit, terdapat luka jahit panjang ± 12 cm, jumlah jahitan 10, TD; 160/100 mmHg, S; 36,5°C, N; 80 x/menit,

RR; 22 x/menit. Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan kelemahan umum yang ditandai dengan pasien mengatakan aktivitas dibantu keluarga, pasien belum bisa duduk tegak, pasien belum bisa duduk tegak, aktivitas dibantu keluarga, pasien terpasang infus, pasien belum bisa melakukan perpindahan tempat.

Risiko infeksi berhubungan dengan adanya pintu masuk mikroorganisme. Yang ditandai dengan pasien mengatakan nyeri pada luka post-SC di abdomen bagian bawah, terdapat luka post-SC, panjang ± 12 cm jumlah jahitan 10, luka bersih dan basah, tidak ada kemerahan disekitar luka, Lekosit: 16,4 ribu/ μ l. Gangguan perfusi jaringan berhubungan dengan peningkatan curah jantung yang ditandai dengan pasien mengatakan pusing. keadaan umum pasien lemah, TTV: TD; 160/100 mmHg, R; 22 x/menit, N; 80 x/menit, S; 36°C, protein urine +3.

3. Perencanaan Keperawatan

Diagnosa keperawatan: nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik sekunder insisi pembedahan: setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2 x 24 jam, nyeri dapat diatasi dengan kriteria hasil: nyeri berkurang, skala 0–2, ekspresi wajah rileks, nyeri tekan pada perut hilang, TD; 110/70-130/80 mmHg, N; 60-100 x/menit, R; 16 -24 x/menit, S; 36,5-37,5°C. Untuk mengatasi masalah tersebut, dapat ditetapkan intervensi sebagai berikut:

- a. Observasi TTV
- b. Kaji karakteristik nyeri
- c. Berikan posisi nyaman (supinasi)
- d. Ajarkan teknik relaksasi nafas dalam
- e. Laksanakan advis dokter dalam pemberian terapi keterolak 30 mg/8 jam.

Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan kelemahan umum: setelah dilakukan tindakan keperawatan 2 x 24 jam, hambatan mobilitas fisik pasien dapat teratasi dengan kriteria hasil: keadaan umum pasien baik, pasien dapat melakukan aktivitas mandiri, rentang gerak pasien bebas, pasien mampu melakukan perpindahan tempat. Untuk mengatasi masalah tersebut, dapat ditetapkan intervensi sebagai berikut:

- a. Kaji tingkat aktivitas pasien
- b. Kaji Keadaan umum pasien
- c. Mengajarkan ROM aktif
- d. Berikan aktivitas secara bertahap
- e. Bantu aktivitas pasien
- f. Ajarkan mobilisasi post-SC (duduk, berdiri),
- g. Libatkan keluarga dalam membantu aktivitas pasien.

Risiko infeksi berhubungan dengan adanya pintu masuk organisme: setelah dilakukan tindakan keperawatan 2 x 24 jam, risiko infeksi teratasi dengan kriteria hasil: keadaan luka bersih dan kering, tidak terdapat tanda-tanda infeksi, luka sembuh pada waktunya. Untuk mengatasi masalah tersebut, dapat ditetapkan intervensi sebagai berikut:

- a. Kaji keadaan umum pasien
- b. Kaji keadaan luka
- c. Berikan perawatan luka dengan teknik aseptik dan antiseptik
- d. Anjurkan pasien untuk menjaga kebersihan disekitar luka
- e. Laksanakan advis dokter dalam pemberian terapi ceftriaxone 1 gr/ 12 jam.

Gangguan perfusi jaringan berhubungan dengan peningkatan curah jantung: setelah dilakukan tindakan setelah keperawatan selama 2x24 jam. Nyeri kepala dapat tertasi dengan kriteria hasil: TTV dalam batas

normal, TD: 120/ 80 mmHg, tidak nyeri kepala, keadaan umum baik. Untuk mengatasi masalah tersebut, dapat ditetapkan intervensi sebagai berikut:

- a. Kaji TTV
- b. Anjuran teknik relaksasi nafas dalam
- c. Beri posisi yang nyaman
- d. Lakukan massase
- e. Ciptakan lingkungan yang nyaman
- f. Kolaborasi pemberian terapi analgetik.

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan pada tanggal 16 Februari 2015: mengkaji TTV, melakukan advis dokter pemberian terapi injeksi IV keterolak 30 mg/8 jam, menjelaskan posisi nyaman supinasi, mengkaji karakteristik nyeri, mengajarkan pasien mobilisasi post-SC duduk, melakukan perawatan luka, mengkaji TTV.

Implementasi tanggal 17 Februari 2015: mengkaji TTV, mengkaji karakteristik nyeri, mengajarkan teknik relaksasi nafas dalam, memberikan advis dokter dalam pemberian terapi injeksi IV keterolak 30 mg/8 jam, mengajarkan mobilisasi post-SC berdiri dan latihan jalan, melakukan perawatan luka, melaksanakan advis dokter pemberian terapi IV ceftriaxone 1 gr/12 jam, mengkaji TTV, mengajarkan teknik relaksasi nafas dalam, memberikan posisi semi fowler.

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi diagnosa Nyeri akut pada tanggal 17 Februari 2015: Subjektif: pasien mengatakan nyeri pada luka post-SC di perut bagian bawah karena insisi pembedahan, nyeri tertusuk-tusuk dengan skala 3 dirasakan hilang timbul dengan durasi 10 detik. Objektif: ekspresi wajah lebih rileks, nyeri tekan pada

perut bagian bawah berkurang, terdapat luka jahit, panjang $\pm$ 12 cm, jumlah jahitan 10, TTV: TD; 150/90 mmHg, N; 84 x/menit, R; 24 x/menit, S; 36,5°C. Analisa: Nyeri teratasi sebagian. Planning: intervensi dilanjutkan; observasi TTV, kaji karakteristik nyeri, berikan posisi nyaman, ajarkan teknik relaksasi nafas dalam perawatan luka dengan teknik aseptik dan antiseptik, laksanakan advis dokter dalam pemberian terap, keterolak 30 mg/ 8 jam.

Evaluasi diagnosa ke-2 : Subjektif: pasien mengatakan aktivitas dibantu keluarga, pasien mengatakan bisa berdiri dan latihan jalan, objektif: pasien bisa berdiri dan latihan jalan, aktivitas dibantu keluarga, infus dilepas, pasien sudah bisa melakukan perpindahan tempat. Analisa: Hambatan mobilitas fisik teratasi sebagian. Planning: intervensi dilanjutkan: kaji tingkat aktivitas pasien. Kaji keadaan umum pasien, mengajarkan ROM aktif, berikan aktivitas secara bertahap, bantu aktivitas pasien, ajarkan mobilisasi post-SC (duduk, berdiri), libatkan keluarga dalam membantu aktivitas pasien.

Evaluasi diagnosa ke-3: Subjektif: pasien mengatakan nyeri pada luka post-SC di abdomen bagian bawah perut dengan skala 3 nyeri hilang timbul dengan waktu + 10 menit, objektif: terdapat luka post-SC, panjang $\pm$ 12 cm, jumlah jahitan 10, luka bersih dan kering, tidak ada kemerahan disekitar luka. Analisa: Resiko infeksi teratasi. Planning: intervensi dilanjutkan: kaji keadaan umum pasien, kaji keadaan luka, berikan perawatan luka dengan teknik aseptik dan antiseptik, anjuran pasien untuk menjaga kebersihan disekitar luka, laksanakan advis dokter dalam pemberian terapi ceftriaxone 1 gr/ 12 jam.

Evaluasi diagnosa ke-4: Subjektif: pasien mengatakan pusing berkurang, objektif:

keadaan umum sedang, TD; 150/90 mmHg, N; 84 x/menit, R; 24 x/menit, S; 36,5°C. Analisa: Gangguan perfusi jaringan teratasi sebagian. Planning: intervensi dilanjutkan: kaji TTV, anjuran teknik relaksasi nafas dalam, beri posisi yang nyaman, lakukan massase, ciptakan lingkungan yang nyaman, kolaborasi pemberian terapi analgetik.

IV. PEMBAHASAN

1. Pengkajian

Pengkajian adalah tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan suatu proses yang sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan klien (Nursalam, 2008).

Cara pengumpulan data, dapat dilakukan dengan cara pertama; wawancara, yaitu melalui komunikasi untuk mendapatkan respons dari klien dengan tatap muka, kedua; observasi, dengan mengadakan pengamatan secara visual atau secara langsung keadaan pasien, ketiga; konsultasi kepada yang ahli atau spesialis bagian yang mengalami gangguan, dan keempat, pemeriksaan fisik dengan metode inspeksi, palpasi, perkusi, dan auskultasi, pemeriksaan laboratorium (Nursalam, 2008).

Pada pemeriksaan fisik ibu post-partum lebih ditekankan pada pemeriksaan payudara, pemeriksaan abdomen dan pemeriksaan genitalia. Pada pemeriksaan fisik payudara hasil yang didapatkan antara lain; payudara terasa tegang, kolostrom sudah keluar berwarna kuning, puting verted, ASI sudah keluar lancar. Pada pemeriksaan abdomen pemeriksaan DRA (Distasis Rekti Abdominis). Penentuan jumlah distasis rekti abdominis digunakan sebagai objektif

untuk mengevaluasi tonus otot abdomen. Diastesis adalah derajat pemisahan otot rektus abdomen (rektus abdominis). Pemisahan ini diukur menggunakan lebar jari etika otot-otot abdomen kontraksi dan ketika otot-otot tersebut relaksasi. Pada pemeriksaan genitalia keadaan genitalia bersih, pengeluaran cairan pervagina $\pm$ 50 cc/hari, warna merah, bau khas darah, tidak ada luka episiotomy, perinium baik.

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah pernyataan yang menjelaskan respons manusia (status kesehatan atau risiko perubahan pola) dari individu atau kelompok dimana perawat secara akuntabilitas dapat mengidentifikasi dan memberikan intervensi secara pasti untuk menjaga status kesehatan menurunkan, membatasi, mencegah, dan mengubah (Nursalam, 2008). Dari data-data yang diperoleh saat pengkajian, maka penulis mampu menegakkan 4 diagnosa keperawatan yaitu: nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik sekunder insisi pembedahan, hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan kelemahan umum, resiko infeksi berhubungan adanya pintu masuk mikroorganisme, gangguan perfusi jaringan berhubungan dengan peningkatan curah jantung.

Data yang mendukung untuk menegakkan diagnosa nyeri akut berhubungan dengan insisi pembedahan yaitu: pasien mengatakan nyeri pada perut bagian bawah karena insisi pembedahan, nyeri seperti tertusuk-tusuk, dengan skala 4, dirasakan hilang timbul dengan durasi $\pm$ 10 detik. Dari observasi didapatkan data: ekspresi wajah menyeringai menahan sakit, terdapat luka jahit panjang $\pm$

12 cm jumlah jahitan 10, TD: 160/100 mmHg. Menurut Nanda (2012) diagnosa tersebut sudah tepat. Menurut Maslow keamanan/kenyamanan merupakan kebutuhan dasar yang memerlukan penanganan dengan segera agar tidak mengganggu kebutuhan yang lainnya (Doenges, 2001). Data yang mendukung untuk menegakkan diagnosa hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan kelemahan umum, yaitu: pasien mengatakan aktivitas dibantu keluarga, pasien belum bisa duduk tegak. Dari observasi didapatkan data: pasien belum bisa duduk tegak, aktivitas dibantu keluarga, pasien terpasang infus, pasien belum bisa melakukan perpindahan tempat. Menurut Nanda (2012) diagnosa tersebut sudah tepat. Batasan karakteristik hambatan mobilitas fisik adalah laporan verbal (kelelahan dan kelemahan)

Data yang mendukung untuk menegakkan diagnosa risiko tinggi infeksi berhubungan dengan pintu masuk mikroorganisme, antara lain: pasien mengatakan nyeri pada luka post-SC di abdomen bagian bawah. Dari observasi didapatkan data: terdapat luka post-SC, panjang $\pm$ 12 cm jumlah jahitan 10, luka bersih dan basah, tidak ada kemerahan disekitar luka, leukosit: 16,4 ribu/ μ l. Diagnosa ini sudah sesuai dengan teori menurut Doenges (2001). Data yang mendukung untuk menegakkan diagnosa gangguan perfusi jaringan berhubungan dengan peningkatan curah jantung, yaitu: pasien mengatakan pusing, Dari observasi didapatkan data: keadaan umum pasien lemah, TTV: TD: 160/ 100 mmHg, R: 22 x/menit N: 80 x/menit, S: 36 °C, protein urin +3. Dari data yang didapatkan setelah dianalisis dengan pernyataan diagnosa yang tepat adalah penurunan

curah jantung berhubungan dengan penurunan aliran balik vena (Bobak, 2004).

3. Perencanaan Keperawatan

Pada diagnosa 1 tujuan dan kriteria hasil yang penulis susun adalah: setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam, nyeri dapat diatasi dengan kriteria hasil: nyeri berkurang, skala 0-2, ekspresi wajah rileks, nyeri tekan pada perut hilang, TD: 110/70-130/80 mmHg, N: 60-100 x/menit, R: 16-24 x/menit, S: 36,5-37,5°C.

Intervensi yang penulis susun untuk mengatasi diagnosa nyeri akut berhubungan dengan insisi pembedahan antara lain:

- a. Kaji keadaan umum pasien (rasional: untuk mengetahui keadaan pasien)
- b. Kaji tingkat nyeri (rasional: untuk mengetahui tingkat nyeri)
- c. Beri posisi yang nyaman (rasional: untuk memberikan posisi yang nyaman)
- d. Ajarkan teknik relaksasi (rasional: untuk mengurangi tingkat nyeri)
- e. Kolaborasi dengan dokter pemberian obat (ketorolak 30 miligram) (rasional: untuk mengurangi nyeri).

Pada diagnosa 2 tujuan/kriteria hasil yang penulis susun adalah: Setelah dilakukan tindakan keperawatan 2 x 24 jam, hambatan mobilitas fisik pasien dapat teratasi dengan kriteria hasil:

- a. Keadaan umum pasien baik
- b. Pasien dapat melakukan aktifitas mandiri
- c. Rentang gerak pasien bebas
- d. Pasien mampu melakukan perpindahan tempat.

Intervensi yang penulis susun untuk mengatasi diagnosa hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan kelemahan umum antara lain:

- a. Kaji keadaan umum pasien (rasional: untuk mengetahui keadaan pasien)
- b. Kaji tingkat kelemahan (rasional: untuk mengetahui kelemahan pasien)
- c. Alih baring (duduk) (rasional: untuk membantu alih baring)
- d. Anjurkan keluarga untuk mengawasi aktivitas pasien (rasional: agar mengawasi aktivitas pasien).

Pada diagnosa 3 tujuan/kriteria hasil yang penulis susun adalah: Setelah dilakukan tindakan keperawatan 2 x 24 jam, resiko infeksi teratasi dengan kriteria hasil :

- a. Keadaan luka bersih dan kering
- b. Tidak terdapat tanda-tanda infeksi
- c. Luka sembuh pada waktunya. Penulisan tujuan pada diagnosa tersebut sudah tepat.

Kriteria hasil adalah individu akan menyebutkan faktor risiko yang berkaitan dengan infeksi dan kewaspadaan yang dibutuhkan (Mubarok, 2007).

Intervensi yang penulis susun untuk mengatasi diagnosa risiko tinggi infeksi berhubungan dengan pintu masuk mikroorganisme antara lain:

- a. Kaji keadaan umum pasien (rasional: untuk mengetahui keadaan pasien)
- b. Kaji keadaan luka (rasional: untuk mengetahui keadaan luka)
- c. Berikan perawatan luka (rasional: untuk memberikan perawatan luka)
- d. Anjurkan pasien untuk menjaga kebersihan di sekitar luka (rasional: untuk menjaga kebersihan luka)
- e. Kolaborasi dengan dokter dalam pemberian antibiotik (rasional: untuk memberikan obat antibiotik).

Pada diagnosa 4 tujuan/kriteria hasil yang penulis susun adalah: Setelah dilakukan

tindakan keperawatan 2 x 24 jam nyeri kepala dapat teratasi, tidak terjadi gangguan perfusi jaringan dengan kriteria hasil: TTV dalam batas normal terutama tekanan darah; 120/80 mmHg, tidak nyeri kepala, nyeri hilang atau berkurang, ekspresi wajah rilek. Sedangkan menurut teori kriteria hasil diagnosa tersebut adalah tekanan darah normal, memperlihatkan irama dan frekuensi jantung stabil dalam rentang normal pasien (Doenges, 2001).

Teori konsep intervensi untuk mengatasi gangguan perfusi jaringan menurut Doenges (2001) adalah :

- a. Pantau tekanan darah
- b. Kaji nyeri
- c. Kaji lokasi tingkat nyeri
- d. Hindari ambulasi yang terlalu sering
- e. Berikan posisi yang nyaman
- f. Kolaborasi tes urin terhadap proteinuria.

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi adalah pelaksanaan dari rencana intervensi untuk mencapai tujuan yang spesifik tahap implementasi dimulai setelah rencana intervensi disusun dan ditunjukkan pada nursing orders untuk membantu klien mencapai tujuan yang diharapkan (Nursalam, 2008).

Implementasi diagnosa 1 dari tanggal 16-17 Februari 2015:

- a. Mengkaji keadaan umum pasien. Keadaan umum menunjukkan kondisi pasien secara umum akibat penyakit atau keadaan yang dirasakan pasien, dilihat secara langsung oleh pemeriksa dan dilakukan penilaian
- b. Mengkaji tingkat nyeri. Penulis melakukan kegiatan mengamati 5 intensitas nyeri yang meliputi pengkajian PQRST: P

(paliatif); faktor yang mempengaruhi gawat atau ringannya nyeri, Q (Qualitas); nyeri seperti apakah rasa tajam, tumpul, atau tersayat, R (Region); daerah perjalanan nyeri, S (Scale); keparahan atau intensitas nyeri, T (Time); lamanya nyeri tersebut dirasakan (Hidayat, 2006).

- c. Memberi posisi yang nyaman. Memberi posisi yang nyaman, yaitu; membantu mengidentifikasi faktor yang memperberat ketidaknyamanan dengan memberikan posisi yang nyaman seperti semi fowler
- d. Mengajarkan teknik relaksasi nafas dalam. Mengajarkan teknik relaksasi nafas dalam untuk menurunkan nyeri serta meningkatkan periode istirahat dan tidur.
- e. Melakukan kolaborasi dengan dokter pemberian obat keterolak 30 miligram. Tujuan penulis melakukan kolaborasi dengan dokter pemberian obat keterolak 30 miligram, yaitu; obat ini golongan analgetik serta anti nyeri, indikasi obat ini untuk mengatasi nyeri.

Implementasi diagnosa 2 dari tanggal 16-17 Februari 2015:

- a. Mengkaji keadaan umum pasien. Keadaan umum menunjukkan kondisi pasien secara umum akibat penyakit atau keadaan yang dirasakan pasien, dilihat secara langsung oleh pemeriksa dan dilakukan penilaian
- b. Mengkaji tingkat kelemahan. Tujuan penulis mengkaji tingkat kelemahan, yaitu; untuk mengetahui tingkat aktifitas yang dilakukan klien secara mandiri dan mengetahui tentang kekuatan otot klien ada tidaknya deformitas dan kekakuan dan kelemahan pasien

- c. Mengajarkan mobilisasi (duduk dan berdiri). Tujuan penulis mengajarkan mobilisasi (duduk dan berdiri), yaitu; mobilisasi adalah suatu kemampuan individu untuk bergerak secara bebas, mudah, dan teratur dengan tujuan untuk memenuhi kebutuhan aktivitas guna mempertahankan kesehatannya
- d. Menganjurkan keluarga untuk mengawasi aktivitas pasien. Aktifitas yang dapat dilakukan pasien selama 2 hari penulis melakukan perawatan didapatkan hasil pasien pada hari pertama dapat duduk tegak, lalu klien mulai belajar berdiri dan latihan jalan.

Implementasi diagnosa 3 dari tanggal 16-17 Februari 2015:

- a. Mengkaji keadaan umum pasien. Observasi merupakan kegiatan mengamati perilaku dan keadaan klien untuk memperoleh data tentang masalah kesehatan klien (Nursalam, 2008).
- b. Memberikan perawatan luka. Tujuan penulis memberikan perawatan luka, yaitu; meningkatkan proses penyembuhan jaringan dan juga untuk mencegah infeksi.
- c. Melakukan kolaborasi dengan dokter dalam pemberian antibiotik ceftriaxone 1000 mg/12jam. Tujuan: untuk mencegah terjadinya infeksi.

Implementasi diagnosa 4 dari tanggal 16-17 Februari 2015:

- a. Mengkaji tanda-tanda vital. Tujuan penulis mengkaji tanda-tanda vital, yaitu; merupakan pengkajian yang terdiri dari pengukuran tekanan darah, tinggi frekuensi jantung, frekuensi pernafasan, dan suhu (Mubarak, 2007). Hasil yang didapatkan penulis setelah melakukan

intervensi keperawatan tersebut adalah tekanan darah 160/100 mmHg, nadi 84 x/menit, respirasi 20 x/menit, suhu 36,9°C. Hasil ini menunjukkan ketidaknormalan pada tekanan darah. Hal ini menunjukkan bahwa pasien mengalami penurunan aliran balik vena.

- b. Mengajarkan teknik relaksasi nafas dalam. Tujuan penulis mengajarkan teknik relaksasi nafas dalam dan menganjurkan pasien untuk melakukannya, yaitu; untuk membantu dalam reduksi ansietas dan ketegangan dan meningkatkan kenyamanan.

5. Evaluasi Keperawatan

Diagnosa keperawatan ke-1: dari evaluasi hari terakhir, nyeri teratasi sebagian tetapi belum sesuai dengan data kriteria hasil: maka didapatkan data dari pasien sebagai berikut: pasien mengatakan nyeri berkurang skala nyeri 3, pasien terlihat menahan nyeri saat bergerak, nyeri hilang timbul. Maka rencana tindakan perlu untuk dilanjutkan dengan memodifikasi tindakan yaitu: kaji tingkat nyeri, beri posisi nyaman, ajarkan teknik relaksasi, laksanakan advis dokter dalam pemberian analgesik.

Diagnosa keperawatan ke-2: hambatan mobilitas fisik teratasi dan sudah sesuai dengan data kriteria hasil: keadaan umum pasien baik, aktivitas tidak dibantu atau mandiri. Maka didapatkan data dari pasien sebagai berikut: pasien mengatakan dapat berdiri dan jalan, pasien mengatakan aktivitas sebagian dibantu oleh keluarga. Dan rencana keperawatan dapat dipertahankan.

Diagnosa keperawatan ke-3: dari evaluasi terakhir, resiko infeksi sudah teratasi sebagian tetapi belum sesuai dengan data kriteria hasil:

luka di abdomen kering, tidak ada nyeri tekan. Data yang didapatkan dari pasien adalah: pasien mengatakan ada luka di abdomen, panjang jahitan 12 cm, jumlah jahitan 10, tidak ada nyeri tekan. Maka rencana tindakan perlu untuk dilanjutkan dengan memodifikasi tindakan yaitu: kaji keadaan luka, beri perawatan luka, anjurkan pasien untuk menjaga kebersihan di sekitar luka.

Diagnosa keperawatan ke-4: dari evaluasi terakhir, gangguan perfusi jaringan teratasi sebagian tetapi belum sesuai dengan data kriteria hasil: pasien mengatakan nyeri sudah berkurang. data obyektif yang didapatkan penulis tekanan darah pasien 150/90 mmHg, ekspresi wajah pasien terlihat rileks. Untuk itu penulis masih merencanakan intervensi lanjutan untuk mengantisipasi apabila pasien mengalami peningkatan tekanan darah lagi, intervensi yang perlu dilanjutkan antara lain; mengkaji TTV, kolaborasi pemberian injeksi MgSO₄.

V. SIMPULAN

Masalah keperawatan utama pada Ny.S dengan post-sectio caesarea hari ke-3 dengan indikasi pre-eklampsia berat adalah nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik sekunder insisi pembedahan.

DAFTAR PUSTAKA

Bobak, Lowdermilk, Jensen. 2004. *Buku Ajar Keperawatan Maternitas*. Jakarta: EGC.

Doenges, E. Marilyn, Mary Frances Moorhouse. 2001. *Rencana Perawatan Maternal/ Bayi; Pedoman untuk Perencanaan dan Dokumentasi Perawatan Klien*. Edisi 4. Jakarta: EGC.

Hidayat, A. Aziz Alimul. 2008. *Pengantar Kebutuhan Dasar Manusia: Aplikasi Konsep dan Proses Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.

Manuaba, Ida Bagus Gde. 2012. *Ilmu Kebidanan Penyakit Kandungan dan Keluarga Berencana Untuk Pendidikan Bidan*. Jakarta: EGC.

Mitayani. 2011. *Asuhan Keperawatan Maternitas*. Jakarta: Salemba Medika.

Mubarak, Wahit Iqbal. 2007. *Buku Ajar Kebutuhan Dasar Manusia: Teori dan Aplikasi Dalam Praktik*. Jakarta: EGC.

Nanda. 2012. *Diagnosis Keperawatan: Definisi dan Klasifikasi 2012-2014*. Jakarta: EGC.

Nursalam. 2008. *Proses dan Dokumentasi Keperawatan: Konsep dan Praktik*. Edisi 2. Jakarta: Salemba Medika.

Sujiyatini, Mufdlilah, Hidayat Asri. 2009. *Asuhan Patologi Kebidanan*. Yogyakarta: Nuha Medika.

Hasfuti. 2014. *Angka Kematian Ibu Melahirkan Akibat pre-eklampsia*. <http://seputarsolo.com/1/05/2013/angka-kematian-ibu-pre-eklampsia-naik-jadi-21-kasus/>. Diakses tanggal 16 April 2015.